

Name: _____ geb.: _____

Anschrift: _____

Einwilligungserklärung und Entbindung der Schweigepflicht:

Zur Erreichung von Rehabilitationszielen und Therapieerfolgen ist ein Austausch über Ihre medizinischen Daten innerhalb des Reha-Teams unabdingbar.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Ärzte und Therapeuten des VAMED Reha-Zentrums Lübeck, Konrad-Adenauer-Straße 4 in 23558 Lübeck, durch Dritte erhaltene medizinische Daten (z.B. durch Rentenversicherung, vorbehandelnde Ärzte) sowie auch die bei der Aufnahme und Therapie selber erhobene Befunde und medizinische Daten im Reha-Team des Reha-Zentrums Lübeck untereinander ausgetauscht, diskutiert, dokumentiert und archiviert werden dürfen.

Rechtsgrundlage ist Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO.

Diese Einwilligung gebe ich freiwillig ab. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Ab Zugang der Widerrufserklärung dürfen meine Daten nicht weiterverarbeitet werden. Durch den Widerruf meiner Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Meine Widerrufserklärung kann ich jederzeit schriftlich an die das VAMED Reha-Zentrum Lübeck richten.

Die Mitarbeiter des VAMED Reha-Zentrums Lübeck unterliegen gegenüber Dritten selbstverständlich weiterhin der ärztlichen Schweigepflicht, sofern diese nicht durch gesonderte Erklärungen entbunden wurden.

Lübeck, den _____ Unterschrift des Patienten

Datenschutzrechtliche Information:

Informationen zur Verarbeitung und Speicherung der personenbezogenen Daten im VAMED Rehasentrum Lübeck sind für Sie im Rehasentrum ausgehängt.

Wenn Sie Fragen oder Anmerkungen zu den von Ihnen gespeicherten Daten und der Datenverarbeitung haben, wenden Sie sich gerne an die Datenschutzbeauftragte unseres Hauses (s. Aushang).

Haftungsausschluss


Das VAMED Rehasentrum Lübeck übernimmt keine Haftung für Verlust, Diebstahl oder Beschädigung persönlicher Gegenstände. Wir empfehlen, Wertgegenstände oder größere Bargeldbeträge zu Hause zu lassen.


Verlasse Sie das Rehasentrum auf eigenen Wunsch vorzeitig oder innerhalb der Behandlungszeit, so haften Sie während der Abwesenheit privat für etwaige Unfälle, die Ihnen zustoßen.

Hinweis für Terminabsagen:

Für Sie wird ein individueller Therapieplan erstellt und entsprechend werden Therapiezeiten geplant und freigehalten. Wir bitten, diese vereinbarten Zeiten pünktlich einzuhalten, sowie uns eventuelle Terminabsagen mindestens 16 Stunden vorher mitzuteilen.

Terminabsagen sind möglich per Telefon, Fax sowie per E-Mail:

 0451 399 39 10/ 11 oder 0451 399 39 21

 0451 / 399 39 30

 info.rzhl@vamed-gesundheit.de

Lübeck, den _____ Unterschrift des Patienten